

**DEPARTAMENTO DE SALUD ESTADO DE NUEVA YORK  
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO DE VIH**

**Parte 1**

Favor de marcar cual de los programas usted esta aplicando:

- PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA EL SIDA (ADAP)
- ADAP PLUS (Cuidado Primario)
- ATENCION A DOMICILIO

Recibida por:
Iniciales _____
Fecha ___/___/___

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo Masculino ___ Femenino ___ Transgénero ___
----------	--------	---------	---

Otro Nombre Conocido por	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
--------------------------	--------------------------	----------------------

c/o Nombre (Si Corresponde)

Dirección (Presente Documentación)	Apt. #	Teléfono (a.m.) ( ) -
		Teléfono (p.m.) ( ) -
Ciudad	Estado	Código Postal (9 dígitos)
		Condado

**Estado Civil**

Casado/a vive con el conyuge  Casado/a separado/a  Soltero/a,viudo/a,divorciado/a

**Raza**

Blanco  Nativo Americano   
 Negro  Otro (especifique)   
 Asian  Islas Pacificas

**Origen Etnico**

Hispano: Si  No   
 Otro \_\_\_\_\_

**Lenguaje**

Usted habla Ingles? Si  No   
 Si no, que lenguaje habla usted: \_\_\_\_\_

**Medicaid: Usted lleno una solicitud?**  Si  No **El resultado ha sido:** Desaprobado  Aprobado  Pendiente

Medicaid# \_\_\_\_\_ Cantidad de Spenddown \$ \_\_\_\_\_

**Información sobre su Seguro de Salud que cubre sus medicamentos de receta - Envíe una copia de su Libro de Beneficios**

Tiene usted seguro de salud, HMO o algun otro plan que cubre sus medicamentos de receta? Si  No

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

**Información sobre su Seguro de Salud/Beneficios - Envíe una copia de su Libro de Beneficios**

Tiene usted seguro de salud, HMO o algun otro plan que cubra su cuidado médico? Si  No

Seguro Privado (No una organización de mantenimiento de salud)  No asegurado/pago por todo  Otro Programa Público

Organización para el Mantenimiento de Salud  Medicare  Sin seguro/no puedo pagar  Ninguno

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

**Miembros de su Hogar**

Vivo solo/a  Vivo con esposo/a o compañero/a  Vivo con mis padres o tutores

Vivo con alguien de ningun parentesco pero compartimos gastos y/o cuidado  No tengo hogar

Vivo con mis hijos quienes reciben asistencia o a quienes mantengo  Vivo con familiares, no con esposo/a, hijos, o padres

**Miembros de su Hogar**

Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación
1				
2				
3				
4				
5				

**Como supo del Programa?**

Médico  Amigo  Trabajador Social  Organización en su Comunidad  \_\_\_\_\_

Cartel  Folleto  Radio  TV  Periódico  Farmacia  Otro \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**NYS DEPARTAMENTO DE SALUD - PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE VIH**

Parte 2

Nombre \_\_\_\_\_

**Información sobre su Empleo**

Tiempo Completo (35 horas o mas por semana) [ ] Desempleado y no incapacitado [ ]  
 Por Horas (menos de 35 horas por semana) [ ] Medicamente incapacitado para trabajar [ ]

Ingreso (Documentación Necesaria) Tipo	Aplicante Monto Bruto	Cuantas Veces	Miembro(s) de Hogar Monto Bruto	Cuantas Veces
<u>Sueldo/Salario</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Dividendos/Intereses/Regalias</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Pensión por Divorcio o Separación</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Ingresos por Alquiler</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Beneficios</u>				
Asistencia Pública	_____	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____	_____
Veteranos	_____	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____	_____
Suplementario/Seguro Social (SSI)	_____	_____	_____	_____
Pensiones	_____	_____	_____	_____
Otros Beneficios _____	_____	_____	_____	_____
<u>Incapacidad</u>				
Seguro Social	_____	_____	_____	_____
Compensación por accidentes	_____	_____	_____	_____
Otros por Incapacidad _____	_____	_____	_____	_____
<u>Otro Ingreso</u>	_____	_____	_____	_____

<u>Líquido Capital</u> Tipo	Aplicante Balance/Valor	Miembro(s) de Hogar Balance/Valor
Ahorros/Certificado de Deposito	_____	_____
Chequera	_____	_____
Acciones/Bonos/Fondo Mutualista	_____	_____
Ahorros (IRA, Keogh, etc.)	_____	_____
Otro _____	_____	_____

Alguna otra persona miembro de su hogar padece de VIH/SIDA? Si es así, favor indicar cuantos. \_\_\_\_\_ (Opcional)

**Persona en Contacto - Opcional**

Autorizo al Programa a contactar las siguiente(s) persona(s) con respecto a mi solicitud en caso que no puedan comunicarse conmigo. (ejemplo - Trabajador Social, Abogado, Familiar o Amigo)

Nombre	Teléfono	Relación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

**Declaración de Certificación**

Mediante la presente declaro que toda esta información es verdadera y correcta y que resido en Nueva York. Entiendo lo siguiente:

- La información que acabo de dar esta relacionada con la recepción de fondos federales por parte del Estado de Nueva York.
- Oficiales del Programa pueden verificar la información en este formulario.
- Oficiales del Programa pueden periodicamente verificar mi estado legal con Medicaid y facturar Medicaid cuando sea necesario.
- Si yo deliberadamente doy alguna información falsa en esta solicitud se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y se me puede seguir juicio de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.
- La presente es para yo solicitar por beneficios bajo el Programa para la Atención de Personas No Aseguradas y consiento que mi información sea utilizada y revelada con el propósito de mi tratamiento, para el pago por los servicios de cuidado de salud y para los funcionamientos del programa por el cuidado de salud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante (padres o tutores legales, si se trata de un menor de edad)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Toda información proporcionada sera confidencial y solamente para el uso y proposito del Programa.

Envie esta solicitud y documentacion a: Empire Station, P.O. Box 2052, Albany, NY 12220-2052.

Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al: 1-800-542-2437

DOH-2794S (7/03)

Me gustaria una copia de esta solicitud: Si [ ] No [ ]